

Resección y anastomosis en un tiempo por oclusión de colon. Anastomosis extraperitoneal y subcutánea. Sutura monoplano extramucosa

Dres. Luis Perrone, Hadel Suaya, Juan Paperan (h.), Raúl Laviña, Yamandú González Moreno y Enrique Pérez Penco

Se presentan cinco casos de resecciones primarias del colon izquierdo en oclusión. La técnica empleada para restablecer el tránsito en agudo fue una anastomosis término-terminal en monoplano extramucoso con monofilamento 5/0, la cual quedó emplazada en un túnel subcutáneo extraperitoneal.

Con ella la posibilidad de peritonitis fecaloidea por falla de sutura es nula.

Se evitan además las múltiples operaciones y la morbilidad de las colostomías.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS:
Colon / Surgery.

Presentamos una variante técnica quirúrgica que puede ser empleada en algunas oportunidades durante las resecciones primarias con anastomosis del colon izquierdo, en oclusión. No es original, pero en nuestro medio no existen publicaciones previas.

En la cirugía de urgencia del colon izquierdo en oclusión, el criterio clásico fue el de tratar primero la complicación y luego la enfermedad de fondo.

En ese sentido ya Rankin (13) en 1930 efectuaba resecciones en agudo y abocamiento de los cabos.

Es en la década del 40 con Stone (14) y luego Wangenstein (15) que se comienza a efectuar resecciones y anastomosis en pacientes con lesiones del colon izquierdo sin oclusión. En nuestro medio Chifflet (4) hace la primera publicación sobre el tema en 1944.

Es en 1960 que Baronofsky (2) inicia el capítulo de las resecciones primarias con anastomosis en el cáncer del colon izquierdo en oclusión.

Son varios los autores nacionales que se han ocupado de la indicación de las resecciones primarias con anastomosis intraperitoneal en el colon izquierdo en oclusión (1, 6, 11, 12).

Escuela de Cirugía para Graduados (Prof. Agdo. L. M. Bosch del Marco). Hospital Pasteur. Montevideo. Uruguay.

No se discute en este momento las directivas e indicaciones de la resección en agudo (primarias), sino, aportamos una solución simple y sencilla de restablecer el tránsito durante el mismo acto quirúrgico. La técnica preconizada por nosotros es la extraperitonización o exteriorización de la sutura colónica luego de la anastomosis término-terminal en monoplano extramucoso con monofilamento 5 ceros.

De esta forma quedamos a cubierto de la peritonitis fecaloidea por falla de sutura. Si ésta falla se transforma la sutura en una colostomía, no representando un riesgo vital para el paciente.

Pertusso (10) en 1970 concluye que la peritonitis fecaloidea por falla de sutura es la causa más frecuente de muerte en las resecciones primarias con anastomosis por oclusión del colon izquierdo.

Kirkpatrick (7) y Blanco (3) desarrollaron modelos experimentales de esta técnica con buenos resultados y demostraron que las anastomosis intestinales exteriorizadas evolucionan en forma similar a las intraperitoneales. En el mismo año Kirkpatrick (8) aplica este concepto a las heridas de colon.

López Gilbert (9) publica una técnica similar de anastomosis exteriorizadas.

Con la experiencia del cierre y exteriorización de las heridas del colon, del cierre extraperitoneal de las colostomías, los trabajos experimentales y clínicos, es que comenzamos a emplear esta técnica en pacientes con lesión oclusiva de colon izquierdo. No hemos tenido oportunidad de emplearla en el colon derecho, pero la experimentación demuestra que es factible.

Con esta manera de proceder prescindimos de la colostomía transitoria de seguridad, realizada en las resecciones en dos tiempos, cuya confección y cierre sabemos tiene sus molestias y complicaciones; también obviamos los problemas inherentes al restablecimiento del tránsito luego de las resecciones y abocamiento de los cabos.

Residente de Cirugía, Asistente del Departamento de Cirugía, Residentes de Cirugía y Médicos Colaboradores.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 11 de octubre de 1978.

Dirección: Félix Laborde 2571, Montevideo (Dr. Perrone).

CASUÍSTICA

En 1978 tratamos 5 pacientes. Cuatro eran portadores de adenocarcinomas del sigmoides, sin metástasis ganglionar ni hepáticas. Uno presentó un vólvulo de sigmoides en oclusión.

TECNICA

La resección y anastomosis se efectúa por una laparotomía mediana. Se confecciona una anastomosis término-terminal en monoplano extramucoso con un surjet monofilamento 5/0, túnel subcutáneo. Esta exteriorización parcial se efectúa a través de un Mc Burney izquierdo.

Para que la maniobra de exteriorización de la sutura se efectúe sin problemas, se necesita un meso largo y complaciente, que luego de suturado permita una fácil exteriorización, cuidando de que el colon no quede angulado y provoque obstrucción o dificultad en el tránsito.

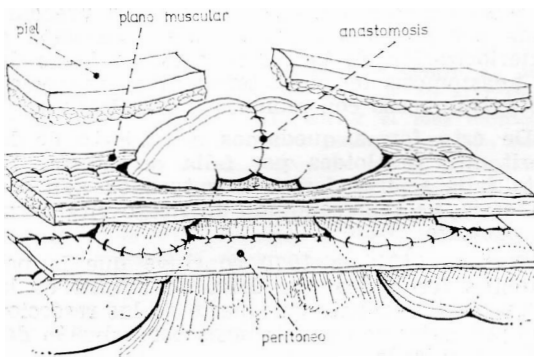


FIG. 1.—Esquema de la anastomosis colo-cólica en situación extraperitoneal y subcutánea.

El meso y el colon se fijan sólo al peritoneo parietal del Mc Burney con puntos separados de lino. El plano músculo cutáneo queda sin suturar. Esto permite la inspección diaria de la sutura.

Se cubre con gasa vaselinada el sector de colon exteriorizado.

Al finalizar la operación, efectuamos una dilatación anal para decomprimir la sutura.

Luego del décimo día si no surgió ninguna complicación se cierra la aponeurosis del oblicuo mayor bajo anestesia regional con puntos separados, quedando el colon sumergido y la piel cierra por segunda intención.

El colon por enema de control muestra una anastomosis de buen calibre y topografía normal.

Los cinco enfermos evolucionaron bien. Uno de ellos presentó una fístula fecaloidea transitoria.

RESUME

Resection et anastomose dans un seul temps par occlusion du colon. Anastomose extraperitoneale et sous cutanée. Suture monoplanne extramucuse

On présente 5 cas de resection du colon gauche en occlusion. La technique employée pour rétablir le passage d'urgence, a été une anastomose término-terminal, dans un monoplanne extra muqueuse avec un fil de suture 5/0, située dans un tunnel sous cutané extrapérítoneal.

Avec cette opération il n'y a pas de possibilités de péritonite fécaloide par défaut de suture.

On évite aussi les multiples opérations et la morbi-mortalité des colostomies.

SUMMARY

Primary resection and anastomosis for acute large bowel obstruction. Extraperitoneal and subcutaneous anastomosis by extramucosal monoplane suture

Case material consists of 5 primary excissions of left occluded colon. Measures for restoring transit during acute phase consisted of termino-terminal anastomosis and extramucosa monoplane suture utilizing 5/0 monofilament, located in an extraperitoneal subcutaneous tunnel. Thus the danger of fecaloid peritonitis due to suture failure is nil.

It is also useful in preventing the multiple operations and morbimortality of colostomies.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARQUET A y KAMAID E. Cirugía colónica en emergencia. *Cir Uruguay*, 40: 132, 1970.
2. BARONOFSKY I. Primary resection and aseptic end to end anastomosis for acute or subacute large bowel obstructions. *Surgery*, 27: 664, 1950.
3. BLANCO R y RIOS J. Anastomosis intestinales primarias en presencia de peritonitis. Estudio experimental en perros. *Rev Invest Clín (Méx)*, 29: 3, 1977.
4. CHIFFLET A. Factores de éxito en la colectomía en un tiempo. *Bol Soc Cir Uruguay*, 15: 116, 1944.
5. DEL CAMPO JC. Cáncer del colon. Tratamiento. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 7º, 1956, v. 1 p. 9.
6. DELGADO B. Fundamentos de la resección primaria del cáncer del colon en agudo. *Rev Cir Uruguay*, 40: 104, 1970.
7. KIRKPATRICK JR, RAJPAL S. Management of a high risk intestinal anastomosis. *Am J Surg*, 125: 312, 1973.
8. KIRKPATRICK JR, RAJPAL S. The management of penetrating wounds of the colon. *Surg Gynecol Obstet*, 137: 484, 1973.
9. LOPE GILBERT J, PADRON BARRERA P, ARAJI O. Anastomosis exteriorizadas del colon. *Barcelona Quir*, 19: 308, 1975.
10. PERTUSSO JC. Cirugía de urgencia del colon. Relato. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 21º, *Cir Uruguay*, 40: 469, 1970.
11. PRADERI R. Resección primaria y anastomosis en las oclusiones agudas por cáncer del colon izquierdo. *Rev Cir Uruguay*, 37: 123, 1967.
12. PRADERI R. Técnica y resultados de la resección primaria del cáncer del colon en agudo. *Cir Uruguay*, 40: 108, 1970.
13. RANKIN FW. Resection and obstruction of the colon (obstructive resection). *Surg Gynecol Obstet*, 50: 594, 1930.
14. STONE HB, McLANAHAN S. Resection and immediate anastomosis for carcinoma of the colon. *J.A.M.A.*, 120: 1362, 1942.
15. WAGENSTEEN. Primary resection (closed anastomosis) of the colon and rectosigmoid. *Surgery*, 14: 403, 1943.